

# GAZETA LEKARSKA

Prof. Dr Maciej Leon  
Jakubowski

(z powodu ustąpienia z katedry)

1864—1907.

Z grona profesorów czynnych Wszechnicy Jagiellońskiej ubywa w bieżącym roku akademickim, po dojściu do określonego prawem wieku, znany zaszczytnie całym pokoleniom młodzieży profesor na katedrze pedyatryi dr MACIEJ LEON JAKUBOWSKI, były dziekan wydziału i rektor Wszechnicy. Obie wszechnice galicyjskie uczciły uroczystie czeigodnego profesora w dniu 5-go grudnia r. b. w Krakowie z okazji wręczenia Mu medalu pamiątkowego, wybitego na Jego cześć przez wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej.

„Przegląd Lekarski“ krakowski wydaje specjalny numer z pracami uczniów zasłużonego profesora, z którego imieniem pozostaną na zawsze związane początki naukowej pedyatryi polskiej, jako z pierwszym polskim profesorem pedyatryi.

MACIEJ LEON JAKUBOWSKI, ur. w Krakowie 28-go marca 1837 r., odbył studia lekarskie na Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie uzyskał dyplom doktora medycyny w roku 1861, doktora chirurgii w roku 1862 i magistra położnictwa w Wiedniu 1862 r.

Bezpośrednio po ukończeniu studiów lekarskich poświęcił się nauce o chorobach dzieci, praktykując przez lat dwa w szpitalu Św. Anny w Wiedniu pod kierunkiem prof. FRANCISZKA MAYER'a, następnie pół roku w Pradze na klinice pedyatrycznej prof. J. LOESCHNER'a, wreszcie pół roku w Paryżu na klinikach profesorów BARTHEZ'a i BOUCHUT'a.



Na docenta chorób dzieci habilitował się w uniwersytecie krakowskim w r. 1864 i odtąd bez przerwy wykładał przedmiot ten aż do r. 1907, t. j. przez lat 43. Jako docent wykładał do r. 1873 na poliklinice przez siebie urządzonej. W r. 1873 zostaje profesorem nadzwyczajnym i wykłada początkowo w prowizorycznie urządzonej klinice pediatrycznej w krajowym szpitalu Św. Łazarza, a od r. 1876 w prywatnym szpitalu Św. Ludwika dla dzieci.

W r. 1895 zostaje profesorem zwyczajnym *ad personam*, w r. 1899—1900 pełni obowiązki dziekana wydziału lekarskiego, w r. 1901 piastuje godność rektora wszechnicy. W r. 1907 otrzymuje tytuł Rady Dworu.

Dla oceny działalności naukowej i pediatrycznej prof. JAKUBOWSKIEGO należy uwzględnić warunki, w jakich swą pracę rozpoczynał. Od r. 1864 do 1876 korzystał do wykładów jedynie z materiału poliklinicznego; dopiero, gdy dzięki jego staraniom zawiązało się Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci [1872], które za Jego inicjatywą i przy jego niezmordowanym współdziałaniu wybudowało szpital Św. Ludwika dla dzieci, rozpoczęła się nowa era w działalności naukowej i pediatrycznej czcigodnego profesora. Szpital urządzony był wzorowo, a prowadzony sprężysto i umiejętnie. Przy szpitalu za specjalną umową z rządem urządzono klinikę pediatryczną. Prof. JAKUBOWSKI prowadzi odtąd szpital, jako dyrektor, pełniąc honorowo swe obowiązki i kształci, jako profesor, całe pokolenia młodzieży, starając się utrzymać klinikę i szpital na poziomie, dorównującym klinikom zagranicznym. Wprowadza w r. 1895 leczenie surowicą przeciwbłoniczą i zapoznaje się osobiście ze stroną bakteryologiczną sprawy, tak że na wykładach daje słuchaczom teoretycznie i praktycznie osobiście przestudyowane podstawy nowej metody leczniczej. Wprowadza również zaraz po surowicy przeciwbłoniczej intubację w leczeniu dławca u dzieci. Wyniki otrzymane ogłasza w specjalnych pracach. Wzorem klinik i szpitali zagranicznych ogłasza obszernie sprawozdania roczne z działalności szpitala i kliniki po polsku i krótkie sprawozdania w Jahrbuch für Kinderheilkunde po niemiecku. Obfity dorobek literacki prof. JAKUBOWSKIEGO i szeregu jego uczniów znaleźć można ugrupowany w „Kronice szpitala Św. Ludwika“, wydanej z racji 30-lecia istnienia szpitala i w pracy prof. JAKUBOWSKIEGO, ogłoszonej w roku 1905 w „Nowinach Lekarskich“ p. t. „Zarys postępu pediatryi w Polsce w XIX stuleciu“.

Do kliniki pediatrycznej prof. JAKUBOWSKIEGO oprócz miejscowych garnęli się zawsze lekarze z innych ziem polskich—z Królestwa, Ukrainy i Litwy; spotykamy ich nazwiska w spisie hospitantów w „Kronicie szpitala Św. Ludwika“. Wielu jechało czerpać wiedzę dalej, ale klinika krakowska dawała im niezbędny podkład, a wyczerpujące wykłady profesora—przygotowanie teoretyczne.

Działalność prof. JAKUBOWSKIEGO nie wyczerpywały zajęcia szpitalne i kliniczne; wcześniej, bo już w roku 1887, doprowadza swoimi zabiegami do założenia kolonii leczniczej dla dzieci skrofulicznych w Rabce, którą, jako kurator, gorliwie się opiekuje i nie ustaje w pracy, aż udaje mu się doprowadzić ją do rozkwitu.



Przywiązania czcigodnego jubilata do stworzonych przez Niego instytucji dowodzi fakt, iż ustępując z katedry, pozostaje nadal honorowo dyrektorem szpitala i kuratorem kolonii rabczańskiej.

Prof. JAKUBOWSKI czynnym jest i na innych polach: w r. 1866 występuje jako współzałożyciel Towarz. Lek. w Krakowie, które wybiera go na swego prezesa dwukrotnie: w r. 1873 i w r. 1898. Po zaprowadzeniu Izby lekarskich w r. 1893 prof. JAKUBOWSKI wybrany zostaje prezydentem Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w Krakowie, sprawując ten urząd od 1893 do 1896 roku.

Prof. JAKUBOWSKI, ustępując z katedry, nie oddaje jej w ręce obce. Z pośród jego uczniów nowoutworzoną katedrę pediatrii we Lwowie objął przed paru laty prof. JAN RACZYŃSKI, katedrę w Krakowie obejmuje obecnie prof. KSAWERY LEWKOWICZ, obaj znani zaszczytnie zarówno u swoich jak i u obcych z szeregu prac w zakresie pediatrii. Gdy kto, jak prof. JAKUBOWSKI, dożyje tej szczęsnej chwili, że swoją puściznę naukową z zaufaniem złożyć może w ręce wychowanego przez siebie potomstwa naukowego, może się uważać za wynagrodzonego przez los sowicie; toteż znając przywiązanie czcigodnego jubilata do stworzonych przez Niego instytucji, życzymy mu tylko, aby przez długia jeszcze lata mógł z uśmiechem zadowolenia przyglądać się rozkwitowi tych instytucji i rozwojowi pediatrii polskiej, której ojcem chrzestnym na zawsze pozostanie.

*J. Brudziński [Łódź].*

---

I. Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ i z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ  
WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU.

---

## Gruźlica włóknista płuc, powikłana wylewem krwi do mózgu u 13-letniej dziewczynki.

Napisał

**Dr Czesław Otto,**

ordynator kliniki terapeutycznej.

---

Dnia 17-go VII. 1904 roku wezwany zostałem do chorej trzynastoletniej dziewczynki z powodu utraty przytomności. Z wywiadów okazało się, że chora w tym roku już po raz trzeci traci raptownie przytomność; każdą utratę przytomności poprzedzał kilkogodzinny ból głowy. Pierwszy raz utrata przytomności nastąpiła w marcu wieczorem, poprzedzana bolem głowy od rana; po 24-ch godzinach przytomność powróciła i chora w dalszym ciągu pełniła obo-



wiązki służącej. Następny atak utraty przytomności w maju po pewnym wysiłku fizycznym: chora dwa razy przyniosła węgle z piwnicy na I piętro—czuła się trochę zmęczoną—potem raptownie ból głowy z utratą przytomności. Na drugi dzień przytomność powróciła i chora, przeleżawszy kilka dni w łóżku, przystąpiła do swych zajęć. W okresie utraty przytomności chora nie wiedziała co się z nią robiło; mocz oddawała pod siebie. Chora odzyskiwała przytomność powoli i potem stopniowo wracała do zwykłego stanu. Lekarze wezwani w obu przypadkach utraty przytomności stwierdzili, że chora cierpi na histeryę.

Ostatni atak utraty przytomności poprzedzał dwudniowy ból głowy.

W dzieciństwie chora przebyła koklusz, pozatem nie chorowała i zawsze czuła się zdrową z wyjątkiem ostatniego roku.

Ojciec jej umarł jakoby na zapalenie płuc; matka cierpiała na bole głowy, które po zastosowaniu wcierań szaruchy przeszły. Kuracya ta była prowadzona na kilka lat przed urodzeniem obserwowanej chorej. Starsza siostra chorej jakoby zdrowa obecnie, lecz w dzieciństwie chorowała na jakies wyrzuty skóry, które po kąpielach zginęły. Więcej rodzeństwa nie było. Matka chorej ronila kilka razy [wiadomości powyższe zebrano od starszej siostry i od matki chorej].

Chora na swój wiek dobrze zbudowana i rozwinięta; skóra blada, bez śladów blizn; warstwa podskórna tłuszczu rozwinięta dość silnie. Chora leży na wznak z wyciągniętymi rękoma i nogami; głowa trochę odrzucona ku tyłowi, oczy przymknięte, nieznaczna sztywność karku; na dotyk i ból chora nie reaguje; źrenice nieznacznie rozszerzone, na światło reagują dość żywo. Odruchy ścięgniste dość żywe, skórne bez zmian, odruch gardzielowy zniesiony, również jak i odruch ze „spojówki“ oczu; *dermographia rubra*. Na pytania chora nie odpowiada i wogóle zachowuje się biernie. Oddech nierówny; po kilku dość szybkich powierzchownych oddechach następuje jeden lub dwa głębsze oddechy z dość długą pauzą. Ciepłota 37° C. Przy perkusyi granica prawego szczytu znajduje się trochę niżej od lewego, a pod prawym obojczykiem nieznaczne stłumienie. Granice serca bez zmian, tony czyste, do pewnego stopnia akcentowane. Ze strony narządów jamy brzusznej nic anormalnego nie zauważono.

Chorą w takim stanie zapisałem do szpitala.

Następnego [18. VII] dnia oprócz wyżej przytoczonych danych zauważono paręzę prawego nerwu twarzowego: lewy kąt ust przeciągnięty trochę w lewo, prawa brew jakoby nieznacznie podniesiona ku górze. Sztywność w karku większa; ciepłota 37° C; tętno małe i około 90-u uderzeń na minutę; *incontinentia urinae*.

19. VII. Przytomność powróciła; chora mówi niewyraźnie; język przy wysuwaniu uchyla się nieznacznie w lewo. Nierównomierne czucie bólu na tułowiu i kończynach; odruchy ścięgniste wzmożone; siła w mięśniach górnych i dolnych kończyn osłabiona; źrenice rozszerzone, na światło reagują dość żywo; odruchy gardzielowy i z błony śluzowej oczu zniesione; odruch



BABIŃSKIEGO nie zauważono; *Fussklonus* w słabym stopniu na lewej kończy-  
nie, na prawej odruchu tego nie udawało się wywołać.

Pokarmy płynne chora łyka dość swobodnie. Sztywność w karku zmniej-  
szyła się znacznie.

20. Mowa wyraźniejsza; sztywność w karku bardzo nieznaczna; pozostale objawy bez zmian; w moczu białka nie wykryto.

21. Mowa znacznie lepsza; sztywność w karku prawie całkiem przeszła; siła w górnych i dolnych kończynach trochę większa, ale niedostateczna, ażeby bez pomocy jeść obiad łyżką; pozostałe objawy bez zmian.

22, 23 i 24. Bez widocznych zmian ku lepszemu.

25. Zrana chora utraciła mowę; przytomność połowicza; sztywność w karku znaczna. Pareza nerwu lewego twarzowego występuje wyraźniej; uczucie bólu na tułowiu i kończynach miejscami całkowicie zniesione; źrenice rozszerzone i na światło reagują dość żywo; odruchy kolanowe lewy i prawy znacznie wzmożone; *dermographia rubra*. Odruchy gardzielowy i z błony śluzowej oczu zniesione. BABIŃSKI na prawej dolnej kończynie. Oddech głęboki, rzadki. Tętno = 100. Położenie bierne.

26. Stan bez zmiany.

27. Chora jak gdyby trochę przytomniejsza, na pytania odpowiada leniwo i niejasno; język, wysuwany na rozkaz, nie uchyla się ani w prawo ani w lewo; wykrzywienia twarzy nie widać; prawą górną i dolną kończynami poruszać chora nie może, lewą górną kończyną wciąż wykonywa ruchy dość niezgrabne; okresami prawa dolna kończyna spazmatycznie przykurczona do tułowia, lewa wyciągnięta bez ruchu; czynne ruchy ograniczone—bierne bez ograniczeń. Sztywności w karku niema; bierne ruchy głowy zachowane we wszystkich kierunkach. Źrenice rozszerzone—na światło reagują żywo; odruchy gardzielowy i z błony śluzowej oczu zniesione. BABIŃSKI na obu kończynach. Odruchy ścięgniste na prawych kończynach zniesione, na dolnej lewej kończynie wzmożone; na górnej bez zmian. *Dermographia rubra*. Oddech nierówny: od czasu do czasu głębokie i powolne wdychania. Tętno 92. Badania dna oka, również jak i przekłucia łądźwiowego ze względów technicznych nie można było wykonać.

28. Zrana około 8-ej godziny ciepłota podniosła się raptownie do 40°C. Ogólny stan bez zmiany. Źrenice na światło nie reagują, lewa źrenica rozszerzona, *ad maximum*, prawa nieznacznie powiększona; powieki opuszczone; wykrzywienia kąta ust nie zauważono; w mięśniach krzyża i szyi w wysokim stopniu wyrażony *opisthotonus*; napięcie mięśni (*tonus*) na tułowiu i kończynach podniesione, ręce spazmatycznie zaciśnięte w pięść. Napięcie mięśni tułowia i kończyn zjawia się co kilka minut i trwa kilka minut; w okresie znikania napięcia bierne ruchy górnymi i dolnymi kończynami bez ograniczenia; w okresie napięcia górne kończyny spazmatycznie przykurczone do tułowia; prawa dolna kończyna zgięta w stawie kolanowym i biodrowym i spazmatycznie przywiedziona do tułowia, lewa dolna kończyna spazmatycznie wyciągnięta; prawą kończynę w okresie spazmu z trudem udaje się wypro-



stować, a lewą przyprowadzić do tułowia. W okresie wolnym od napadu odruchy ścięgniste na dolnych kończynach a także i górnych zniesione. *Dermographia rubra*. Na klucie szpilką chora nie reaguje; oddech powierzchowny; tętno 140. Umarła o godz. 12-iej w południe.

Przez cały czas obserwacji ciepłota poniżej 37,4° C; w wigilię śmierci ciepłota podniosła się do 37,4° C, a w dzień śmierci do 40° C i przy tej ciepłocie nastąpił zgon.

Badanie pośmiertne. Lewe i prawe płuco przyrośnięte przy wierzchołku; w górnej części prawego i lewego płuca wyczuwa się kilka małych ograniczonych stwardnień; niektóre z nich wielkości orzecha laskowego; pozostały znacznie mniejsze, stwardnienia na przekroju szare, trudno rozrywalne, zawierają trochę mas serowatych i dużo tkanki włóknistej. Pozostałe zrazy bez widocznych zmian. Serce blade. Śledziona zwykłej wielkości, blada z mocno rozwiniętymi ciałami MALPIGJUSZA.

Wątroba trochę powiększona, na przekroju blada, mętna i łatwo rozrywalna bez wyraźnej budowy zrazikowej [zmętnienie parenchymatyczne].

Pozostałe narządy jany brzusznej bez widocznych zmian makroskopowych.

Błona dziewicza zachowana w całości.

Twarda opona mlecza pacierzowego i mózgu (*dura spinalis* i czaszki) dość silnie napięta; opona mózgowa zaczerwieniona; w *sinus longitudinalis* niewielka ilość krwi; wewnętrzna powierzchnia *durae* błyszczy się i w niektórych miejscach silnie ubarwiona; pod *pia spinalis* w tylnej części wylewy krwawe; z przodu krwi znacznie mniej niż z tyłu; mlecz pacierzowy na przekroju bez zmian makroskopowych. *Pia* mózgu blada, zwoje spłaszczone, brzozy zaciśnięte. W lewej półkuli w *nucleus caudatus*, *lenticularis* i w okalającej białej substancji wylew krwawy, krew rozerwała ependymę, wypełniła boczne III i IV komory, wywołała nacieczenie pod *pia* mózdzku, mlecz przedłużonego i nawet górnej części grzbietowego. Dookoła wylewu substancja mózgu uciśnięta, rozmiękła i żółtawego koloru; wyraźnych oznak guza nie zauważono; naczynia na podstawie mózgu makroskopowo bez widocznych zmian.

Do badań mikroskopowych wycięto kawałki ze stwardniałych płuc, z serca, wątroby, śledziony, nerek, mózgu [z miejsca, gdzie nastąpił krwotok] i cały *plexus chorioideus* trzeciej i bocznych komór.

Na preparatach z płuc znaleziono, co następuje [barwienie eozyną i hematoksyliną, a także podług PAPENHEIM'a].

Pęcherzyki płucne dokoła stwardnień znacznie zmniejszone w swej objętości, natomiast przegródki między nimi silnie zgrubiałe; niekiedy w polu widzenia [ZEISS A. A.] zauważyć się daje zaledwie kilka zmniejszonych pęcherzyków płucnych; pozostała zaś część pola zajmuje silnie rozrośnięta tkanka łączna. Tkanka ta składa się ze stosunkowo niewielkiej liczby stałych komórek tkanki łącznej i ogromnej liczby substancji miękkiej i włóknistej, twardej. Pęczki włókien tkanki łącznej biegną w najrozmaitszym kierunku i są krótkie, ściśle splecione; dość często tworzą one rodzaj pierścieni, okalających dokoła ziarniste masy serowate; ogniska tych mas sero-



watych po większej części niewielkie i w ich części obwodowe zaczynają wra-  
stać stałe komórki, tkanki łącznej. Pomędzy temi ostatniemi komórkami  
spotykamy dość dużo komórek plazmatycznych średniej wielkości, a za nie-  
mi formy przejściowe od stałych komórek tkanki łącznej do komórek plazma-  
tycznych. Małe komórki plazmatyczne i małe jednojądrowe limfocyty spo-  
tykają się w pierścieniu tkanki łącznej, otaczającej ogniska serowate, w umiar-  
kowanej liczbie. Dość często na granicy ogniska serowatego i pierścienia  
tkanki łącznej spotykamy komórki olbrzymie wśród tkanki włóknistej. Ko-  
mórek nabłonkowych około takich komórek olbrzymich bywa często bar-  
dzo mało.

Oprócz komórek olbrzymich na granicy zmartwiałej i zdrowej tkanki  
spotykały się dość często złogi czarnych mas ziarnistych, głównie składają-  
cych się z węgla; złogi te znajdowały się to w substancji międzykomórko-  
wej, to w stałych komórkach tkanki łącznej; niektóre komórki tak były prze-  
pełnione tymi zlogami, że w nich absolutnie nie można było odróżnić jądra  
od ciała. W komórkach mniej przepelnionych węglem ciało przedstawiało  
się powiększonym w objętości, a sam węgiel w postaci drobnuteńkich mas  
ziarnistych.

W większych ogniskach serowatych napotykamy na ich obwodzie i w środ-  
ku odkładanie się soli wapiennych pod postacią drobnych ziarenek.

Dość często zauważyć się daje, że kilka ognisk zmartwiałych leży tuż  
obok siebie, rozdzielając się warstwami silnie rozwiniętej tkanki łącznej.  
W tych rozgraniczających pasach substancja międzykomórkowa rozwinięta  
w ilości nieznacznej, stałe komórki tkanki łącznej spotykają się bardzo ob-  
ficie, a komórki plazmatyczne rzadko. Naczynia krwionośne, można powie-  
dziedź, rozwinięte w tych przegródkach w umiarkowanej liczbie, lecz zato bar-  
dzo często silnie rozszerzone i zawsze przepelnione krwią. Nacieczenie oko-  
ło ich tkanek po większej części umiarkowane. Ściany naczyń przedsta-  
wiają niekiedy zmiany ześrodkowane na śródbłonku, który w mniejszych na-  
czyniach przedstawia się dość silnie napęczniałym; przy obecności zmian  
w śródbłonku nacieczenie około naczyń zawsze większe. Komórki tworzące na-  
cieczenie są to po większej części małe plazmatyczne komórki i w nieznacznej  
liczbie małe jednojądrowe limfocyty. Polinukleary spotykają się tutaj dość  
rzadko. Przybrzeżnego rozlokowania leukocytów wewnątrz samych naczyń  
nie obserwowano, również jak i wychodzenia małych limfocytów przez ściany  
naczyń.

[D. n.]



## II. OBUSTRONNE PORAZENIE ROZWIERACZY GŁOSNI

(*paralysis bilateralis postici*<sup>1)</sup>).

Napisał

Dr Jan Sędziak.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 26. III. 1907 r.)

(Dokończenie. — Patrz Nr. 48).

Odnosnie do przypadków obustronnych porażen rozwieraczy głosni w cierpieniach czynnościowych układu nerwowego ośrodkowego [histerya, neurastenja i t. p.] muszę tu zauważyć, że należy je przyjmować z zastrzeżeniem, jako sprzeciwiające się zasadniczemu prawu SEMON'a, według którego „porażenia rozwieraczy głosni występują tylko w organicznych cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego, natomiast w czynnościowych mamy do czynienia jedynie z porażeniem zwieraczy głosni<sup>2)</sup>).

I dlatego to, jeżeli już koniecznie przyjmować te przypadki, w których jak np. w przebiegu histeryi, neurastenji i t. p. zaburzeniach funkcyjnych, spostrzegano jedno lub obustronne porażenie rozwieraczy głosni [a przypadki takie niewątpliwie istnieją w literaturze przez wiarogodnych autorów podane i ja również przypadki takie miałem możność spostrzegać], to prawdopodobnie mamy tu do czynienia nie ze stałym porażeniem, lecz przejściowym i to najczęściej niepełnym (*paresis postici intermittens*), jak to mianowicie miało miejsce w moich, oraz RETHI'ego i de GREIFFT'a przypadkach.

Uderzającą jest liczba przypadków, w których nie podano bliżej przyczyny porażenia obustronnego rozwieraczy głosni [ośrodkowa?]; wynosi ona 38. Sądzę, że niektóre z tych zagadkowych przypadków okazały się w następstwie wiałem rdzenia, którego to cierpienia pierwszym objawem było obustronne porażenie rozwieraczy głosni.

Na punkt ten zwracam uwagę specjalistów neuropatologów. Dodać tu jeszcze winienem, że prawie stale notowane były w mojej statystyce całkowite obustronne porażenie rozwieraczy głosni (*paralysis bilateralis postici*), o wiele natomiast rzadziej [między innymi w 3-ch moich przypadkach funkcyjnych porażen] częściowe (*paresis*), wreszcie w przypadkach SEMON'a (*paralysis bulbaris progressiva*), oraz PARKES'a (*tabes dorsalis*) istniało z jednej

<sup>1)</sup> Jest to część obszernej monografii p. t. „Etylogia porażen nerwu krtaniowego dolnego czyli wstecznego“ (*n. recurrentis*), której treść stanowił przedmiot odczytu na X-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich we Lwowie w r. b.

<sup>2)</sup> Bliższe szczegóły znajdują się w mojej pracy p. t. „Zaburzenia krtaniowe w cierpieniach nerwowego układu ośrodkowego“. Gazeta Lekarska 1899.



strony całkowite, z drugiej zaś częściowe porażenie rozwieraczy głośni (*paralysis postici sin. et paresis dex.*). W 4-ch przypadkach jednocześnie były porażone mięśnie strun (*mm thyreoarytaenoidei int.*), jak wiadomo najprędzej po rozwieraczach głośni ulegające w tych razach porażeniu [SEMON, BURGER], wreszcie raz jeden był porażony jednocześnie mięsień poprzeczny.

Przechodzę obecnie do porażenia obustronnego rozwieraczy głośni pochodzenia obwodowego.

Jak już wspomniałem liczba tego rodzaju przypadków wynosi w mojej statystyce 110, w tem własnych 14.

W 26 u przypadkach podano jako przyczynę przerost gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, mianowicie w 15-u pochodzenia przymiotowego, w 7-u gruczołowego, w 2-u rakowatego, wreszcie w 2-u bez bliższego określenia.

W 10 przyp. podano jako przyczynę uraz (*trauma*);

"	6	"	"	"	"	tętniak ( <i>aneurysma</i> ) aorty;
"	6	"	"	"	"	pochodzenie myopatyczne;
"	5	"	"	"	"	dur brzuszny ( <i>typhus abdominalis</i> );
"	4	"	"	"	"	gościec stawowy ( <i>rheumatismus</i> );
"	4	"	"	"	"	rak przełyku ( <i>carcinoma oesophagi</i> );
"	4	"	"	"	"	guz [rak, mięsak] śródpiersia ( <i>tumor mediastini</i> );
"	3	"	"	"	"	wole ( <i>struma</i> );
"	3	"	"	"	"	gruźlica płuc ( <i>tuberculosis pulmonum</i> );
"	2	"	"	"	"	grypa ( <i>influenza</i> );
"	2	"	"	"	"	błonica ( <i>diphtheritis</i> );
"	2	"	"	"	"	zapalenie ochrzęstnej krtani ( <i>perichondritis cricoidea</i> );
"	2	"	"	"	"	zapalenie nerwów obwodowe ( <i>neuritis peripherica</i> );
"	1	"	"	"	"	ciąża ( <i>graviditas</i> );
"	1	"	"	"	"	zatrucie ołowiem ( <i>intoxicatio saturnina</i> ).
"	1	"	"	"	"	ostre zapalenie płuc ( <i>pneumonia crouposa</i> );
"	1	"	"	"	"	tryper ( <i>gonorrhoea</i> );
"	1	"	"	"	"	róża ( <i>erysipelas</i> );
"	1	"	"	"	"	przerost grasicy ( <i>hypertrophia gl. thymi</i> );
"	1	"	"	"	"	guz ( <i>tumor</i> ) szyi;

wreszcie w 24 przyp. nie podano bliżej przyczyny (*causa ignota*).

Razem 110 przypadków.

Z powyższego zestawienia widzimy, że najczęściej notowaną przyczyną obustronnych porażień rozwieraczy głośni pochodzenia obwodowego w mojej statystyce był ucisk powiększonymi gruczołami tchawiczo-oskrzelowymi [przypadków 26, z tych 7 moich], bądź najczęściej w następstwie syfilisu [przypadków 15, z tych 1 mój], bądź gruźlicy [8 przyp., z tych 5 moich], bądź wreszcie raka



[2 przyp., z tych 1 mój]. Rzecz prosta, że o tego rodzaju przyczynie można mówić tylko z większem, lub mniejszem prawdopodobieństwem. W dwu przypadkach nie podano bliżej pochodzenia przerostu gruczołów—prawdopodobnie żółzowatego, które, zdaniem mojem, zwłaszcza u dzieci obok powiększenia grasicy najczęściej bywają przyczyną w ogóle porażen nerwu wstecznego.

Do teje kategorii przyczyn należy ucisk, wywołany guzami na szyi, lub śródpiersiu [przypadków 19], przyczem najczęściej, mianowicie w 6-u przyp. [z tych 2 moje], przyczyną ucisku na nerw wsteczny był tętniak aorty, który jednakże, jako prawidło warunkuje porażenie lewego nerwu wstecznego, jak to zresztą w innym miejscu szczegółowo wspomniałem<sup>1)</sup>; obustronne zaś porażenie rozwieraczy głośni, wzgl. nerwu wstecznego objaśnić sobie należy, albo jednocześnie istniejącym tętniakiem tętnicy podobojczykowej prawej (*art. subclavia dex.*), albo znacznymi rozmiarami samego tętniaka aorty, wreszcie niektórzy autorowie [Hav. Hall, Cartaz, Perry i Newmann] przypuszczają możliwość obustronnego porażenia strun przy ucisku na jeden nerw wsteczny. W tych razach należy przypuścić istnienie w nerwie błędnym włókien zbieżnych [centrypetalnych], zapomocą których podrażnienie obwodowe przenosi się na ośrodki mózgowy, wzgl. rdzeń przedłużony (jądra *n. accessorii Willisii*), warunkując obustronne zaburzenie ruchowe w krtani. Będzie to więc po prostu porażenie odruchowe, stanowiące istotę teoryi Johnson'a, która dotąd jednakże nie jest absolutnie stwierdzona.

Również stosunkowo dość często [4 przyp., z tych 1 mój] notowano, jako przyczynę porażenia obustronnego rozwieraczy głośni, rak przełyku, oraz guzy [raki i mięsaki] śródpiersia [4 przyp.].

W 3-ch przyp., [z tych 1 mój] notowano przerost gruczołu tarczowego, czyli t. zw. wole (*struma*), wreszcie po raz u guz na szyi bez podania ściślej natury cierpienia, oraz przerost grasicy (*gl. thymus*).

Duży stosunkowo kontyngens tego rodzaju porażen dostarczał uraz — mianowicie 10 przypadków; przeważnie porażenia te były następstwem ran ciętych, lub postrzałowych, zadanych w celach samobójczych, lub zbrodni-czych, rzadziej ciał obcych w krtani, lub niefortunnych prób ich wydobycia [przyp. Kurz'a], wreszcie zabiegów operacyjnych, zwłaszcza wycięcia przerostłego gruczołu tarczowego (*strumectomy*).

W jednym przypadku [Bond-St. Clair Thomson'a] z jednej strony [prawej] było porażenie struny pochodzenia urazowego<sup>2)</sup>, z drugiej [lewej] uciskowe [przerost gruczołów natury rakowatej].

Bardzo często porażenie obustronne rozwieraczy głośni było pochodzenia toksycznego [przyp. 19]<sup>3)</sup>; zwłaszcza dur brzuszny [przyp. 5, z tych 1 mój], oraz gościec stawowy [przyp. 4] często były powodem tego rodzaju porażen,

1) „Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastosowania promieni Roentgen'a w tętniakach aorty“. *Gazeta Lekarska* 1898.

2) 3) Bliższe szczegóły znajdzie czytelnik w pracach moich p. t. „Przyczynek do kwestyi porażen nerwu krtaniowego dolnego, czyli wstecznego“ (*n. recurrentis*) pochodzenia urazowego (*Nowiny Lekarskie* Nr. 3—1907) i toksycznego (*Lwowski Tygodnik Lekarski* Nr. 2—1907)



następnie grypa i błonica [po 2 przyp.], wreszcie zapalenie płuc ostre, róża oraz zatrucie ołowiem [po 1 przyp.].

Myopatyczne pochodzenie porażen obustronnych rozwieraczy głośni notowałem w 6-u przyp., zapalenie zaś nerwów obwodowe (*neuritis peripherica*) w dwu.

Z rzadszych spraw chorobnych, warunkujących tego rodzaju porażenia, mam zanotowane następujące: cięża [przyp. AYSEGUER'a], gruźlica płuc, t. j. nacieczenie obu wierzchołków [przyp. HANDFORD'a i mój], gruźlica płuc z jednej [prawej] strony, oraz zapalenie opłucnej (*pleuritis adhaesiva*) z drugiej [lewej] strony [przyp. SCHMIEGELOW'a], wreszcie zapalenie chrząstki obrączkowej gruźlicze i syfilityczne (*perichondritis cricoidea*).

W poważnej liczba przypadków, gdyż w 24-ch przyczyna obustronnego porażenia rozwieraczy głośni pozostała niezbadana (*causa ignota*).

W zagadkowych przypadkach tych, zdaniem moim, zbadanie promieniami ROENTGEN'a mogło w wielu razach przyczynić się do wyświetlenia przyczyny w postaci bądź powiększonych gruczołów chłonnych, bądź tętniaka aorty, jakto mianowicie było w paru moich przypadkach.

I tu, podobnie, jak w porażeniach obustronnych rozwieraczy głośni pochodzenia ośrodkowego, przeważnie mieliśmy do czynienia z porażeniem całkowitem (*paralysis*), o wiele natomiast rzadziej [9 przyp.] z częściowem (*paresis bilateralis postici*).

Rozpoznanie. Porażenie obustronne rozwieraczy głośni, które jest pierwszym okresem porażenia nerwu wstecznego według prawa SEMON-ROSENBACH'a [t. j., że przy wszelkich organicznych cierpieniach bądź ośrodkowego, bądź obwodowego pochodzenia przedewszystkiem i najbardziej ulegają porażeniu włókna, idące do rozwieraczy głośni], przedstawia się bardzo znamienne w lusterku krtaniowem, mianowicie w postaci położenia środkowego, czyli fonacyjnego strun głosowych prawdziwych, wskutek czego głos jest niezmieniony, natomiast istnieje mniej lub więcej wyrażona duszność wdechowa (*stridor inspiratorius*).

Rokowanie w przypadkach obustronnych porażen rozwieraczy głośni należy stawiać ostrożnie, raz dlatego, że w następstwie stałego zbliżenia strun, warunkującego zamknięcie głośni podczas oddychania, zawsze chorym grozi śmierć od zaduszenia, o ile naturalnie w porę zastosowana tracheotomia nie zapobiegnie temu, powtórę dlatego, że w większości przypadków porażenia te są objawem ciężkich cierpień ustroju, przeważnie układu nerwowego środkowego (*tabes dorsalis, paralysis bulbaris progressiva etc.*)

Leczenie polega przedewszystkiem na usunięciu przyczyny, co nawiasem mówiąc niezawsze się udaje, zwłaszcza w cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego.

Następnie najważniejszym zaburzeniem, na jakie należy w porażeniu obustronnem rozwieraczy głośni zwrócić uwagę, jest duszność, zależna jak wspominałem, od pośredniego fonacyjnego położenia strun głosowych.



COHN <sup>1)</sup> radzi w tych razach nie czekać, aż wzmagające się napady duszności zmuszą nas do zastosowania tracheotomii, jako *ultimum refugium*, niekiedy zresztą spóźnionej, [na potwierdzenie czego przytacza odnośny przypadek ze swej praktyki, gdzie chory się nie zgodził na tracheotomię, 2-go zaś dnia zmarł nagle z zaduszenia lecz zastosować od razu przecięcie tchawicy, jako metodę zapobiegawczą, z czem ja jednakże nie zupełniebym się zgodził, nie należy bowiem zapominać, że w dalszym ciągu w następstwie poprawy, a nawet pogorszenia się stanu miejscowego, zależnego od zmniejszonego, lub co częściej bywa zwiększonego ucisku na nerw wsteczny, wytwarzają się warunki, zmniejszające przyleganie do siebie strun [między innymi wklęsłość ich zależna od wtórnego porażenia mięśni strun, t. j. tarczowo-nalewkowych wewnętrznych], a co zatem idzie i osłabiające siłę napadów duszności.

Z innych metod leczniczych, mających na celu usunięcie grożącej życiu duszności, należy mi wymienić: intubację, która jednakże niezawsze może zastąpić tracheotomię, następnie rezekcję jednego, lub obu nerwów wstecznych [GERONZI <sup>2)</sup>], przez co sztucznie wytwarza się 2-gi okres tego cierpienia, t. j. całkowite porażenie nerwu wstecznego, warunkującego położenie trupie strun z zachowaniem oddechu, z utratą natomiast głosu, wreszcie wycięcie jednej struny głosowej [O'DWYER].

Wszystkie metody te słusznie, zdaniem mojem, nie znalazły zwolenników. Wreszcie objawowo stosujemy w tem cierpieniu, zresztą bezkutecznie, elektryzację [faradyzację], oraz mięsienie drgawkowe zwykłe, lub zapomocą elektromotoru.

---

### III. ZE SZPITALA MIEJSKIEGO DLA DZIECI IM. CESARZA FRYDERYKA W BERLINIE [Dyr. Prof. BAGINSKY].

---

## Maślanka, jako pokarm dla niemowląt oraz jej wskazania lecznicze.

Podał

**Stefan Kramsztyk.**

[Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48].

---

Przypadek IV. E. W., tygodni 4, przyjęta 6. X. 1906.

Urodzona w terminie, z bliźniąt. Do 8-u dni karmiona piersią, później mlekiem z wodą. Od tygodnia bardzo częste wypróżnienia.

---

<sup>1)</sup> Arch. f. Laryng. 1813.

<sup>2)</sup> La Rif. med, Palermo 6 Juli 1899.



Stan obecny. Bardzo małe, mizerne dziecko z licznymi pleśniawkami w jamie ustnej; język bardzo zaczerwieniony. Muskulatura wiotka. Jędrność skóry bardzo zła; gruczoły niepowiększone. Na pośladvkach i nogach silne odparzenia. Przednie ciemiączko 3 cm. szerokie, zapadnięte. Tętno mocne. Brzuch miękki. Wątroba i śledziona niepowiększone. Wypróżnienia wodniste. Waga 2,290. Ciepłota 37,0°. Przepis: herbata 200, wlewianie soli kuchennej [150].

8. X. Stan nieco lepszy. Codziennie wlewianie soli kuchennej. Maślanka 10×30.

11. X. Odparzenia prawie zupełnie znikły. Stolec ciastowaty, jednolity, 5 razy. Waga 2,250. Ciepłota 38,8°. Maślanka 8×70.

12. X. Ciepłota 38,8°. Parenceteza prawego ucha.

15. X. Ciepłota przeszło 38,0°. Z uszu wyciek ropny. Wygląd lepszy. Stolce 3, dobre. Waga 2,550. Maślanka 6×90.

20. X. Ciepłota 39,0°. Wygląd dobry. 5 nieco gęstych wypróżnień. Waga 2,750. Przepis: kleik owsiany 5×100.

24. X. Waga 2,690. Ciepłota 37,0°. Wypróżnienia 2—3, ciastowate. Przyjmowanie pokarmu dobre. Jędrność dobra. Brzuch miękki; tętno mocne. Przepis: kleik 5×130.

30. X. 6 dobrych wypróżnień. Waga 2,700. Przepis: maślanka 2×130, kleik 3×130.

5. XI. Waga 2,800. 1—2 jednolite, ciastowate wypróżnienia.

9. XI. Waga 2,720. Uszy czyste. Wypróżnienia ciastowate. Wygląd dobry. Wypisana.

Przypadek V. B. K., przyjęty 23 XI. 1906, w wieku 2-eh miesięcy.

Urodzony w terminie; do 5-u tygodni pierś, później kleik owsiany i mleko. Od 8-u dni rozwolnienie; od 3-eh dni dostawał herbatę i olej rycynowy.

Stan obecny. Bardzo małe dziecko, o dość dobrej jędrności skóry i muskulaturze. Wygląd niezdrowy; oczy bez połysku. Jama ustna czysta; niewielkie odparzenia na pośladvkach. Gruczoły niepowiększone. Tętno mocne. Brzuch miękki, niewzdęty. Wątroba i śledziona niepowiększone. Stolec dyspeptyczny, 6 razy. Ciepłota 37,0°. Waga 3,610.

24. XI. 5 wypróżnień bez śluzu i bez resztek pokarmu. Stan ogólny dobry. Przepis: maślanka 8×60.

26. XI. Jędrność znośna. 6—8 wodnistych, nie zawierających śluzu wypróżnień. Przepis: 6×80 maślanki, 2×0,5 *Bismut. subnit.* Waga 3,600.

29. XI. Przyjmowanie pokarmu dobre. 3 jednolite, ciastowate wypróżnienia. Jędrność dobra. Waga 3,800. Przepis: maślanka 6×90.

3. XII. 2—3 ciastowate wypróżnienia. Waga 3,950. Jędrność dobra. Skóra, usta czyste. Wypisany.

Przypadek VI. H. P., przyjęty 1. X. 1906, w wieku 18 dni. Chory od 4-eh dni, częste rozwolnienia i wymioty. Do 14-u dni pierś, później mleko, do połowy wodą rozcieńczone.



Stan obecny. Duże, dobrze rozwinięte dziecko. Przednie ciemiączko 3 centymetry szerokie, umiarkowanie napięte; silna żółtaczka. Na pośladkach i dolnych kończynach wysypka. Pępek wilgotny. Jama ustna silnie zaczerwioną. Muskulatura dobrze rozwinięta, jędrność dobra. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Brzuch miękki. Wypróżnienia woduiste. Waga 3,500. Ciepłota 37,5—38,0°. Przepis: herbata.

3. X. 3 wypróżnienia. Maślanka 10×30.

6. X. Ciepłota 36,3°. 5 wypróżnień. Waga 3,250. Maślanka 7×80.

11. X. Stan dobry. 4—5 wypróżnień ciastowatych. Jędrność dobra. Waga 3,700. Maślanka 7×90.

17. X. Stan bardzo dobry.—Wypisany.

Przypadek VII. M. W., przyjęta 29. IX. 1906 w wieku 11 tygodni.

W terminie urodzona, karmiona mlekiem rozcieńczonym, później mieszaniną BIEDERR'a z kleikiem. Częste rozwolnienia i wymioty.

Stan obecny. Bardzo mizerne wychudzone dziecko; pokład tłuszczowy bardzo nędzny; skóra daje się unosić w fałdy. Przednie ciemiączko 3 centymetry szerokie, wpadnięte. Jama ustna zaczerwieniona; pleśniawki. Kończyny napięte. Wątroba i śledziona nieco powiększone. Nerki wyczuwalne. Brzuch wzdęty. Wypróżnienia dyspeptyczne. Waga 2,650. Ciepłota 37,0°. Przepis: herbata [400].

1. X. Przepis: maślanka 10×30.

2. X. Ciepłota 38,5°. Błony bębenkowe zaczerwienione. W płucach nieco rzężeń wilgotnych. Tętno małe. 3 rzadkie wypróżnienia. Waga 2,400. Przepis: wlewanie soli kuchennej, maślanka 6×70.

3. X. Paracenteza obustronna. Wlewanie soli kuchennej. Maślanka 7×50. 4 rzadkie wypróżnienia. Waga 2,400.

6. X. Stan znacznie lepszy. Waga 2,650. Wypróżnienia ciastowate. Ciepłota 37,0°. Waga 2,650. Przepis: maślanka 6×80.

11. X. Stan bardzo dobry. Jędrność dobra. Wypróżnienia jednolite, ciastowate, tętno dobre. Waga 2,800. Przepis; maślanka 6×90.

23. X. Wygląd dobry. Stolec zupełnie dobre. Waga 2,800 grm.—Wypisana.

Dwa następne przypadki odnoszą się do wcześniaków, gdzie według jednogłośnego prawie orzeczenia maślanka przedewszystkiem powinna znaleźć zastosowanie.

Przypadek VIII. O. H., przyjęty 28. IX. 1806 r. w wieku 8 tygodni.

Urodzony miesiąc przed czasem, karmiony mlekiem rozcieńczonym [1+3]. Od 14-u dni rozwolnienie i wymioty; kaszel. Rodzice zdrowi.

Stan obecny. Nader wynędzniałe dziecko o żółtawej barwie skóry; jama ustna zaczerwieniona; ciemiączko przednie dwa centymetry szerokie, zapadnięte; brzuch wzdęty; wątroba nieco powiększona; śledziona i nerki niewyczuwalne. Jędrność skóry bardzo zła; muskulatura bardzo źle rozwinięta. Objawów tężyczki niema. Stolec wodnisty, dyspeptyczny. Waga 1,970. Ciepłota 37,0°. Przepis: herbata 570.



30. IX. Stan nieco lepszy. Wypróżnień 5. Maślanka 8×40.  
2. X. Przyjmowanie pokarmu dobre. Waga 2,000. Maślanka 7×60.  
6. X. Wygląd dobry; sen spokojny; jędrność skóry dobra. Wypróżnienia nieco gęstsze. Waga 2,170.  
15. X. Waga 2,300. Stan dobry. Maślanka 6×100.  
23. X. Waga 2,600. Maślanka 2×120, kleik owsiany 4×120.  
26. X. Jędrność dobra; tętno pełne. Waga 2,400. Wypróżnienia 1—2, jednolite. Przepis: kleik owsiany 6×120.  
5. XI. Wypróżnienia 1—2 ciastowate. Waga 2,650. Przepis: kleik owsiany 6×120.  
12. XI. Wypróżnienia dobre. Waga 2,700. Przepis: 2×120 maślanki i 5×120 kleiku.  
16. XI. 6×120 maślanki. Waga 2,820.  
26. XI. Wygląd ogólny bardzo dobry. Wypróżnienia ciastowate. Waga 2,950.—Wypisany.

[D. c. n.].

#### IV. Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego \*).

Podał

**Teodor Heiman.**

Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w październiku 1907 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 48].

Przy ostro lub ostrawo powstającym zapaleniu opon gorączki zwykle nie brakuje, charakter jej nie przedstawia wszelako nie typowego, ciepłota może niekiedy dojść do 41°, zwykle nie przechodzi powyżej 39°. KOERNER jest zdania, że zapaleniu sklepienia opon towarzyszy zwykle wysoka gorączka. Zapalenie tego odcinka opon ma wogóle przebieg bardziej burzliwy, aniżeli zapalenie podstawy. Tętno pod względem częstości odpowiada wysokości ciepłoty. W okresie końcowym jest ono najczęściej szybkie, małe, przepuszczające i często zaledwie wyczuwalne. W rzadkich przypadkach pozostaje ono silne i regularne. Nadto spostrzegamy przy zapaleniu opon drgawki kloniczne i toniczne nerwu twarzowego, drgawki i bezwładny skrzyżowane: ostatnie są jednakowo wyrażone w kończynie górnej i dolnej. W okresie końcowym drgawki i bezwładny wszystkich kończyn. Nadto zauważyć się daje nadczułość skóry, częściowa lub całkowita utrata mowy, stopniowo wzmagające się osłabienie przytomności, aż do zupełnej utraty jej, ściągnię-

\*) W streszczeniu odczyt niniejszy wygłoszony został w sekcji otyatrycznej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (Lwów 22—25 lipca 1907 r.)



cie zginaczy KERNIG'a, członkowate wciągnięcie brzucha, mimowolne oddawanie stolca i moczu po uprzednim zaparciu stolca i zatrzymaniu moczu. Mocz zawiera nierzadko białko, pepton i cukier. Objawy miejscowe w nerwach czaszkowych powstają przeważnie przy zapaleniu opon na podstawie; w kończynach — przy zapaleniu sklepienia. We krwi daje się nierzadko zauważyć wzmoczenie ciałek białych. Wszelako objaw ten napotyka się także przy zapaleniu zatok i przy ropniu w wyrostku sutkowym. Często pojawia się wyprysk (*herpes*) około ust, na wargach i przy wejściu do nosa.

Zapalenie opon, powstające po pęknięciu ropnia mózgu, ma przebieg nadzwyczaj burzliwy, gwałtowny, podobny do udaru apoplektycznego i objawy jego mogą całkiem zakryć objawy ropnia.

Nagle pogorszenie słuchu po stronie zdrowej przemawia więcej za zapaleniem opon niż za ropniem, aczkolwiek objaw ten, jakśmy wyżej wspomnieli, przytrafić się może przy ropniu mózgu.

Ponieważ działanie oddalone przy ropniu mózdzku po części uskutecznia się na drodze opon, przeto objawy obydwu chorób mogą się czasowo złączyć.

Ropnie mózgu i zapalenie zatok u dzieci przebiegają niekiedy przy objawach zapalenia opon i błędnie za takie są uważane. W innych przypadkach powyższe cierpienia mogą istnieć jednocześnie przy zapaleniu opon, bez wywołania charakterystycznych dla siebie objawów, tak, że uwydatnia się tylko zapalenie opon.

W niektórych przypadkach mogą istniejące objawy prowadzić bezpośrednio do rozpoznania błędnego, gdyż zapalenie opon może być wzięte za inne powikłanie, lub też istnienie innej choroby wewnątrzczaszkowej może dawać objawy zapalenia opon. BRIEGER np. spostrzegł przypadek ropnia mózgu, który dawał wybitne objawy zapalenia opon. Takie pomyłki zdarzają się też przy ropniach przedoponowych.

Przy przewadze objawów ogólnych w okresie chorobnym, można mylnie sądzić, że się ma do czynienia z ogólnem zakażeniem posocznicowem. Nie trzeba też zapominać, że ograniczone ognisko ropne może dawać objawy rozlanego zapalenia opon, gdy znowu z drugiej strony z objawów ogniskowych można przypuszczać ropień mózgu.

Ropień mózgu a zapalenie opon surowicze. Obie te formy chorobne mają objawy bardzo zbliżone do siebie i nierzadko identyczne. Zapalenie opon surowicze daje też objawy zapalenia opon rozlanego ropnego, wszelako przeważają objawy powiększonego ucisku mózgu. Z objawów ogólnych charakterystycznym jest dla zapalenia opon surowiczego zapalenie nerwu wzrokowego oraz wczesna i głęboka utrata przytomności, w przeciwieństwie do ropnia. Sztywność karku, *opisthotonus*, różnica źrenic, zez, napotyka się w obydwu chorobach. Zaburzenia chodu, objaw tak ważny dla ropnia mózdzku, przeważa stanowczo w zapaleniu opon surowiczem. Przy tej chorobie napotyka się poważne zaburzenia wzrokowe, jak ślepotą i *amblyopia*. Gluchota, utrata smaku i węchu, zdarza się też niekiedy, jako też dwustronne niedowłady i bezwłady obydwu kończyn dolnych, obydwu kończyn górnych, obydwu nerwów twarzowych i obydwu



nerwów odsiebnych oczu. Zaburzenia te są niekiedy połowicze i jeśli są skrzyżowane to przemawiają przeciw ropniowi mózgu a za zapaleniem opon surowiczem. Drgawki są dla ostatniej choroby charakterystyczne i napotykanie bywają w jednej trzeciej przypadków [Koch]. Spostrzegamy je wprawdzie także przy ropniach mózdzku, ale prawie we wszystkich przypadkach istnieje jednocześnie wodogłowie wewnętrzne. Główna różnica obydwu chorób polega na przebiegu. Zapalenie opon surowicze powstaje nagle przy ciężkich objawach mózgowych, które po kilku dniach, a nawet godzinach znikają bez pozostawienia jakichkolwiek następstw; ropień zaś w okresie jawnym i końcowym wciąż postępuje aż do końca i jego objawy trwają kilka tygodni lub nawet dni. Napady przy zapaleniu surowiczem mogą się powtarzać w ciągu miesięcy, nawet lat [Koch]. Dla rozpoznania różniczkowego główny punkt oparcia stanowi przekłucie łądźwiowe. Wogóle zaś zapalenie opon surowicze częściej jest powikłaniem ropnia mózdzku, aniżeli sprawy ropnej w uchu.

Zapalenie opon gruźlicze a ropień mózgu. Pierwsza postać zdarza się częściej u dzieci aż do dziesiątego roku życia, ropień zaś mózgu w tym wieku jest względnie rzadszy. Zapalenie gruźlicze tu i owdzie napotyka się wszelako aż do trzydziestego roku życia. Zwykle towarzyszy mu ogólna gruźlica; wszelako objawy jej mogą być słabe i zejść na plan drugi, cierpienie zaś mózgowie może przeto robić wrażenie choroby pierwotnej. Zapaleniu opon gruźliczemu u dzieci często towarzyszą objawy przedwstępne, przepowiadające. Dzieci takie chudną, słabną, stają się smutnymi, rozdrażnionymi, sen mają niespokojny i skarżą się często na ból głowy, wywołany przez zmęczenie lub pracę umysłową. Stan taki trwać może całe tygodnie. Następnie bez powodu pojawiają się wymioty, przypisywane zwykle błędowi w dyecie i ból głowy wzmaga się. Wkrótce potem rozwijają się objawy ogólne takie same, jak przy ropniu mózgu: senność, bredzenie, drgawki, sztywność karku, nierówność źrenic, zawrót głowy, zaparcie stolca, zwolnienie tętna do 40 uderzeń na minutę. Ciepłota podnosi się w stopniu umiarkowanym [38;5°]. Z pomiędzy objawów ogniskowych występuje zapalenie nerwu wzrokowego w słabym stopniu, tudzież afazya. Charakterystycznych gruzełków na naczyńówce oka może zupełnie nie być. W drugim tygodniu choroby lub na końcu pierwszego występują objawy w zakresie nerwów czaszkowych: zez, nierówność źrenic, lekkie opadnięcie powiek, niedowład nerwu twarzowego. Senność przechodzi w śpiączkę, głowa przechyla się ku tyłowi, jeżeli to już nie nastąpiło wcześniej, i kończyny sztywnieją. Często istnieją też drgawki miejscowe lub niedowłady — bezwład połowiczny jednej kończyny górnej i twarzy, rzadko jednej kończyny dolnej i twarzy. Bezwład jest przemijający lub trwały, tętno bardzo przyspieszone [140—180]. Oddychanie jest utrudnione lub nieregularne. Ciepłota jest normalna lub umiarkowanie podniesiona. Chory umiera w śpiączce. Czasem przed śmiercią następuje pozorna poprawa. Gdy zajęte jest tylko sklepienie mózgu, co w każdym razie zdarza się rzadko, w takim razie brakują objawy ze



strony nerwów czaszkowych i wymioty też są rzadsze; najgłówniejszymi objawami są wtedy: bredzenie, drgawki i sztywność kończyn.

Skutkiem wspólności wielu objawów ogólnych i miejscowych między zapaleniem opon gruczliczem a ropniem mózgu, a także skutkiem przypadkowego cierpienia gruczliczego innych narządów u chorego na ucho, jako też ropnia mózdzku niegruczliczego, który w dalszym przebiegu może stać się gruczliczym, trudności rozpoznawcze mogą być nieprzewyciężone, zwłaszcza jeżeli sobie przypomnimy, że u dzieci zwyczajne ostre zapalenie ropne ucha średniego może przebiegać przy silnym bólu głowy, wymiotach, gorączce, bredzeniu, zawrotach, drgawkach, zezie i mniej lub więcej silnie wyrażonem zapaleniu nerwu wzrokowego i że ropień mózgu przebiegać może pod postacią zapalenia opon. W najlepszym razie można tylko ustalić rozpoznanie prawdopodobne. Jeżeli u dziecka dziedzicznie nieobarczonego, mającego ostrą lub przewlekłą sprawę ropną w uchu, wystąpią nagle silne bole ucha i głowy, wymioty i inne objawy wzmoczonego ucisku wewnątrzczaszkowego przy ciepłocie normalnej lub podnormalnej i przy zwolnionem tętnie; gdy przyłączą się drgawki i utrata przytomności, gdy przytomność wraca w przerwach między drgawkami i utrzymuje się stale, to taki zbiór objawów przemawia *ceteris paribus* za ropniem mózgu. Gdy przytem istnieje sztywność karku, nierówność źrenic, zaburzenia równowagi, nieruchomość gałek ocznych, to prawdopodobnie ropień jest w mózdzku. Dla zapalenia opon gruczliczego są rozstrzygającymi gruzelki w naczyniówce i pałeczki gruczlicze w płynie otrzymanym po przekłuciu łądźwiowem, a także limfocyty w osadzie z płynu mózgowo-rdzeniowego i jego łatwe krzepnięcie. Gruzelki i pałeczki gruczlicze często wszelako brakują. Można też wykonać przekłucie worka podpajęczego po uprzedniem wydlutowaniu kości.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 5 —

### 105. Gruźlica na XIV Międzynarodowym Zjeździe Hygienicznym.

Na Zjeździe Hygienicznym, który odbył się w Berlinie w d. 23—29 września r. b., poruszone były następujące kwestye dotyczące gruźlicy.

ARLOING [Lyon] mówił o kwestyi wzajemnego stosunku rozmaitych odmian prątków gruczliczych. Na zasadzie długoletnich badań dochodzi on do wniosku, że wprawdzie istnieją różnice pomiędzy rozmaitemi odmianami prątków pod względem morfologii, hodowli i chorobotwórczości, różnice te jednak powstały tylko pod wpływem rozmaitych warunków i nie stanowią cech trwałych. Prócz tego, pomiędzy odmianami prątków ludzkich, bydłowych, ptasiich i rybich istnieją wszelkie możliwe stadya przejściowe. Z tego względu ARLOING sądzi, że szczególnie z punktu widzenia higieny należy uważać tylko jeden gatunek prątków i przeciwko wszelkim jego odmianom przedsiębrać je-



dnakowe środki ostrożności; nieuznawanie tej zasady naraziłoby zdrowie publiczne na poważne niebezpieczeństwo.

Inni referenci zajmowali się sprawą pochodzenia kiszkowego gruźlicy i oświetlali ją z punktu widzenia danych sekcyjnych, doświadczalnych i statystycznych.

FLUEGGE, opierając się na rezultatach długoletniej pracy, oświadcza, że zarażenie gruźlicą u człowieka odbywa się w pierwszej linii przez drogi oddechowe, t. j. przez wdychanie substancji, zawierających prątki gruźlicze. Znana jest zresztą teoria FLUEGGE'go t. zw. *Tropfeninfection*, po ług której źródłem gruźlicy są kropelki płwociny, wyrzucanej przez suchotników przy kaszlu. Wierny swej teorii, F. występował zawsze przeciw poglądom BERING'a o pochodzeniu gruźlicy kiszkowej.

Nowe prace, z których referent dawał sprawozdanie, dotyczą zakażenia doświadczalnego gruźlicą u rozmaitych zwierząt przez drogi oddechowe. BERING, przyznając, że udawało mu się wywoływać gruźlicę u świnek morskich przez umieszczenie ich w atmosferze rozpylonych prątków, sądzi jednak, że i w tym wypadku prątki nie dostają się do płuc, lecz przez poknięcie przechodzą do kanału pokarmowego, a stąd naczyniami chłonnymi i krwionośnymi do innych narządów. FLUEGGE, przeciwnie, stwierdził w licznych doświadczeniach istnienie gruźlicy aspiracyjnej. Jeżeli świnki, które oddychały powietrzem nasyconym prątkami w postaci rozpylonych kropelek, zostaną po ukończeniu doświadczenia zabite, to w częściach obwodowych płuc przez podskórne zastrzyknięcie zwierzętom dadzą się wykryć laseczniki. Dla zakażenia zwierząt drogą kanału pokarmowego potrzebna jest milion razy większa liczba prątków, niż przez drogi oddechowe. W tych przypadkach nawet, gdzie pochodzenie pokarmowe gruźlicy wydaje się niewątpliwem, często mamy do czynienia z formą aspiracyjną, gdyż przy przełykaniu laseczników część ich bardzo łatwo może dostać się do płuc. Pomimo tego FLUEGGE przyznaje możliwość zakażenia pokarmowego, szczególnie, gdy do kiszek dostanie się znaczna liczba prątków. Gruźlica bydłęca np. udziela się powszechnie cielętom przez mleko zawierające prątki. U ludzi jednak ten sposób zakażenia nie odgrywa żadnej roli, chociażby ze względu na powszechny zwyczaj gotowania mleka. Prawdopodobniejszą jest możliwość zarażenia się dzieci przez wkładanie do ust palców zabrudzonych płwociną zawierającą prątki. Główne jednak niebezpieczeństwo, podług FLUEGGE'go, polega na wdychaniu kropelek płwociny, wyrzucanych przy kaszlu przez suchotników.

RIBBERT z Bonn i SCHROETTER z Wiednia, rozpatrując sprawę z punktu widzenia anatomii patologicznej i kliniki, sądzą, że w większości przypadków pierwotnem siedliskiem gruźlicy są płuca. Do zupełnie przeciwnych wniosków dochodzi RAVENEL z Filadelfii. Według jego zdania, wrotami dla laseczników gruźliczych, szczególnie u dzieci, służy kanał pokarmowy. Laseczniki mogą przejść przez kishkę nawet nieuszkodzoną, szczególnie podczas aktu trawienia tłuszczów. Częstość zakażenia płuca R. tłumaczy pewnem usposobieniem tego narządu do gruźlicy.

Byłoby bardzo pożądanem, z punktu widzenia higieny, by zapatrywania w sprawie patogenezy gruźlicy raz zostały ustalone.

(Berl. klin. Wochenschrift, 1907, № 44.).

B. Dębiński.



## ODCINEK.

# Organizacya walki z rakiem\*).

Opracował

Mikołaj Rejchman.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 48).

Drugim praktycznym czynem Komitetu berlińskiego było założenie dwu instytutów badania raka, jednego w Berlinie przy klinice lekarskiej w szpitalu Charité i drugiego we Frankfurcie przy instytucie terapii doświadczalnej. W obu tych instytutach dokonywają się liczne badania nad nowotworami rakowymi, nad ich budową, rozwojem, przyczyną powstawania, przeszczepialnością i leczeniem. W tym ostatnim celu robią się liczne doświadczenia na chorych, leżących na oddziałach instytutu, przeznaczonych dla rakowych, nad wpływem rozmaitych surowic, soków nowotworowych, w różny sposób przygotowanych, fermentów organicznych i t. p. Niestety, zabiegi te nie zostały pomyślnym uwieńczone skutkiem. Zato szczepienia raka, dokonywane z dodatnim wynikiem przeważnie na myszach i szczurach, przekonywają, że nie tylko na miejscu zaszczerpienia powstaje i rozwija się nowotwór identyczny z nowotworem szczepionym, ale, że i w wewnętrznych narządach, odległych od miejsca zaszczerpienia, powstają, tak jak u chorych na raka, przerzuty tejże samej natury, co nowotwór pierwotnie zaszczerpiony. W instytucie berlińskim widziałem takie przerzuty w wątrobie i w innych wewnętrznych narządach u szczurów, którym raka zaszczerpieno pod skórę. Są to fakty niezmiernie ważne dla badania przyczyn i sposobów rozprzestrzeniania się raka.

Dla ześrodkowania wszystkich artykułów odnoszących się do badania raka i walki z tą chorobą, Komitet berliński założył czasopismo p. t. *Zeitschrift für Krebsforschung*, którego wyszły dotychczas dwa tomy i które zawiera nader cenne prace, do przedmiotu tego się odnoszące.

W celu rozciągnięcia opieki nad chorymi dotkniętymi rakiem, ułatwienia wczesnego rozpoznania, skłonienia odpowiednich chorych do poddania się jedynej, w pewnej mierze skutecznej, metodzie leczniczej, t. j. operacyi, nakoniec w celu ochronienia rodziny i otoczenia chorego od możliwego zarażenia, utworzył Komitet berliński przy szpitalu Charité stacyę opiekuńczą (*Fürsorgestelle*) dla chorych na raka, w której czynnymi są lekarze i siostry miłosierdzia. Prócz tego projektuje Komitet berliński założenie stałego i obszernego przytułku (*Asyl*), w którymby chorzy na raka lepszą, niż w mieszkaniach prywatnych znaleźć mogli opiekę.

Jeżeli do tego wszystkiego dodamy fakt, o którym powyżej już wspomniałem, iż staraniom Komitetu berlińskiego zawdzięczać należy utworzenie

---

\*) Rzecz czytana na posiedzeniu Polskiego Komitetu badania i zwalczania raka w dniu 6-go listopada 1907 r.



się komitetów miejscowych w większych krajach rzeszy niemieckiej, skutkiem czego Komitet berliński przyjął nazwę „centralnego”, i że Komitet ten ustawicznie zachęca i daje nawet inicjatywę do zakładania specjalnych szpitali i tworzenia Komitetów przeciwrakowych w innych państwach, do urzeczywistnienia czego używa nie tylko swych wpływów na cudzoziemskich lekarzy, ale szuka poparcia dla tych celów u rządów i monarchów, to przyznać będziemy musieli, że Komitet berliński wykonał już, w ciągu niespełna 7-u lat, ogrom pracy i że znakomicie spełnia swoje nie tylko naukowe, ale i humanitarne zadanie.

Nakoniec wspomnieć muszę, że Komitet berliński nosi się z myślą utworzenia w Berlinie międzynarodowego Komitetu badania i walki z rakiem, w skład którego wejść mają przedstawiciele wszystkich komitetów narodowych.

Jakkolwiek Komitet nasz w Warszawie istnieje już od roku, to jednakże, z powodu rozmaitych przeszkód, nie zdołaliśmy dotychczas należycie się zorganizować i co zatem idzie, nie mogliśmy nakreślić sobie praktycznego, a w naszych warunkach możliwego do wykonania planu działania. Teraz tem bardziej taka praktyczna i do celu wiodąca organizacja jest nam potrzebna ze względu na uchwałę tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, aby Komitet warszawski badania raka i walki z tą chorobą rozciągnął sferę swej działalności na wszystkie dzielnice, wchodzące w skład dawnej Rzeczypospolitej Polskiej, aby się stał w ten sposób instytucją centralną dla całej Polski.

Przystępując do pracy, nie powinniśmy ukrywać przed sobą ogromnych trudności, z jakimi się spotykać będziemy, trudności, nieznanych w innych krajach. Najpierw bowiem, z wyjątkiem jednej dzielnicy, będącej pod panowaniem austriackim, nie posiadamy obecnie wyższych uczelni naukowych, jesteśmy zatem pozbawieni pomocy odpowiednich profesorów i laborantów, klinik, sal sekcyjnych, pracowni należycie prowadzonych i zasobnych w środki naukowe. Powtóre, i to rzecz jeszcze ważniejsza, nie posiadamy żadnych środków pieniężnych, tak niezbędnych do prowadzenia badań na polu statystyki, etyologii i leczenia raka. Tę trudność uprzytomnimy sobie najdokładniej, jeżeli zwrócimy uwagę na to, jakie to potężne sumy wydatkować musiano na powyższe cele w państwach zagranicznych. Składały się na nie zarówno rządy tych państw, jak i instytucje i osoby prywatne. Na potrzeby Komitetu centralnego w Berlinie wniesiono do budżetu Państwa Niemieckiego stały wydatek roczny w wysokości 20000 marek, a kraje związkowe przeznaczają już to jednorazową zapomogę, już też corocznie 500—1000 marek. Prócz tego udzielają zapomogi temu Komitetowi Towarzystwa ubezpieczeniowe w sumach po 500 marak rocznie. Na założenie w Berlinie instytutu badania raka, prócz sumy przeznaczonej przez rząd, ofiarowały osoby prywatne 150000 marek. Przeważnie też z ofiar prywatnych powstał podobny instytut we Frankfurcie. Na założenie instytutu badania raka w Heidelbergu z zapoczątkowania prof. CZERNY'ego złożyły osoby prywatne przeszło 700000 marek, a rząd badeński ze swojej strony zapewnił temu instytutowi środki do dalszej egzystencji. W Ameryce na cele walki z rakiem wydają się rok rocznie kolosalne kwoty, dostarczane przeważnie przez osoby prywatne. Na założenie w Paryżu, z inicjatywy POIRIER'a, instytutu badania raka i szpitala dla chorych dotkniętych rakiem ofiarowali dobroczyńcy prywatni 2000000 fr., rząd zaś pozwolił urządzić na ten cel 11-milionową loteryę. W Moskwie na założenie szpitala dla dotkniętych rakiem i instytutu badania tej choroby ofiarowali kupcy Morozowowie 400000 rubli, a rząd do tej sumy dodał jeszcze 50000 rubli. W Londynie Towarzystwo lekarzy i chirurgów ofiarowało



2500000 fr. na fundusz specjalny, przeznaczony na badania i zapobieganie rozszerzaniu się choroby, rakiem zwanej. Jako szczególny charakterystyczny przytoczyć można, iż Komitet angielski badania raka, którego to Komitetu prezesem jest książę Walii, płaci lekarzom za każde dokładne doniesienie o chorym na raka 3 fr., a każdemu członkowi jednej z dwu komisji, wytworzonych z łona Komitetu, za udział w każdym posiedzeniu 50 fr.

[D. n.]

## Wiadomości bieżące.

— Pisma codzienne doniosły, że z polecenia p. o. Prezydenta miasta Warszawy utworzona została Komisya, która ma się zająć sprawą polepszenia żywności dla chorych w szpitalach warszawskich oraz obmyślenia na ten cel środków. W skład komisji weszli: naczelnik wydziału szpitali w Magistracie KORAŁEWSKI, EDWARD NATANSON, Inspektor szpitali TROICKIJ, starsi lekarze szpitalni, dr J. POLAK, trzy starsze siostry miłosierdzia, prezes gminy żydowskiej MICHAŁ BERGSON, intendent szpitala Dzieciątka Jezus Pióro, starszy zgromadzenia kucharzy oraz paru lekarzy wojskowych.

Poprawienie, a właściwie mówiąc, zupełne zreorganizowanie żywienia chorych w naszych szpitalach—jest to sprawa ogromnej wagi, sprawa, bez której dobrego rozwiązania nie może być mowy o znośnem choćby leczeniu chorych na oddziałach wewnętrznych. To też z całym uznaniem musimy podnieść ten fakt, że Magistrat od razu postawił tę sprawę na porządku dziennym. Mielibyśmy tylko jedno do zaznaczenia: dlaczego do komisji, do której powołano nawet lekarzy wojskowych, nie zaproszono nikogo z ordynatorów szpitalnych, a zwłaszcza tych z pomiędzy nich, którzy nad daną kwestyą pracowali. Przecież w tej sprawie, o ile zwłaszcza dotyczy ona dyetetyki chorych, głos prawdziwych rzeczoznawców nie tylko nie może być zbyt cenny, lecz powinien być nawet bardzo pożądanym.

— Ukazała się w druku książka: p. t. РИХТЕР: „Przemiana materji i jej choroby“ [zbiorowe tłómaczenie z niemieckiego pod redakcją dra K. Rzętkowskiego 60]. Książka „daje czytelnikom—jak mówi autor—w ogólnym zarysie obraz dzisiejszego stanu badań nad przemianą materji, nie spuszczając jednak dla teoryzatorów istotnych potrzeb i celów życia praktycznego“. W sposób treściwy i przystępny podane są tu wiadomości o przemianie materji w stanach prawidłowych i chorobnych, oraz o chorobach przemiany materji [otyłość, cukrzyca, dna i in.], dalej o wpływie terapii na przemianę materji i wreszcie o najważniejszych metodach badania przemiany materji. Zanim pomieścimy w naszym piśmie nieco obszerniejszą wzmiankę o tem pożytecznem wydawnictwie, gorąco polecamy kolegom doskonałą książkę, której cena [Rub. 2] niezwykle jest niska.

— Zeszyt 11-y i 12-ty Krytyki Lekarskiej jest ostatnim. „Krytyka“ po 11-u latach istnienia przestaje wychodzić. Pismo to istniało dzięki ofiarności redaktora, kol. Z. Kramsztyka.

— Doc. dr M. HERMAN ze Lwowa mianowany został dyrektorem szpitala w Przemysłu.

— Na kursa lekarskie w Krakowie zgłosiło się ogółem 22 uczestników.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.



**Xeroform**

Środek zupełnie nietrujący, stosowany na rany jako proszek do przysypywania, posiada działanie wysuszające i odwładniające, sprzyja wytwarzaniu naskórka i nie wywiera wpływu drażniącego tak na rany, jak i na ich otoczenie. Doskonale nadaje się do opatrunków suchych, które mogą być rzadko zmieniane. Posiada działanie swoiste w eczema madidans, ulcus cruris i combustiones.

**Creosotal**

Creosotal „Heyden” jest cennym środkiem przeciwgruźliczym, wybitnym lekiem przeciwżółwowym przy zadawaniu do wewnątrz. W dawkach dużych działa również skutecznie i szybko w ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.)

**Salit**

plynny związek salicylowy. Tani środek uśmierczający ból stosowany na zewnątrz w chorobach pochodzenia gościcowego. Skóra znosi go dobrze nawet w stanie nierozcieńczonym. Nie wywiera wpływu ubocznego na narządy wewnętrzne.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel:  
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

W naturalnej Kaukazkiej mineralnej wodzie

**BORŻOM**

Znajdują się w udatnym stosunku wszystkie główne składniki lecznicze, właściwe szczawom alkalicznym. Stosuje się w dolegliwościach żołądkowych, wątrobowych, dróg oddechowych i moczowych, jak również w zaburzeniach przemiany materii.

Główny skład dla Królestwa Polskiego Tow. Akc.  
HENRYK WELT, Warszawa, Przejazd 5.

D-r Jan Brodzki z Kudowy

b. asyst. excel. prof. Leydena ordynuje zimą

w **Hélonan** w **Egipcie**.

**Dr. F. Arnstein**

osiadł w Warszawie Złota 5.



Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
ELBERFELD.

# Sajodin

## Sajodyna

Nowy wewnętrzny preparat jodowy

NAJZUPEŁNIEJ ZASTĘPUJE

### Jodek potasu

absolutnie bez smaku

bez zapachu i znakomicie strawny, mocny.

DAWKKA: 2 — 4 g. dziennie

Rp. Tabletki Sajodyny a 0,5 g. Nr. XX („Originalp.”)

Dragées Arsycodile 0,025 (fer. Kakodyicium).

- „ Arrhénałi 0,01 (Methylidinatrium arseniat).
- „ Natri Kakodylic. 0,025.
- „ Acidi arsenicos. 0,001.
- „ Extr. Cascar. sagrad. fl. 0,5
- „ Extr. Hydrast. Canad. fl. 0,5.
- „ Pepsini 0,05.

stale gotowe posiada

**Apteka E. GESSNERA**  
w Warszawie.